

Praxisabgabe / Praxisteilabgabe / Jobsharing

Persönliche Angaben / Praxis

Name		Vorname		Titel	
Beruf: ☐ Arzt ☐ Zahnarzt ☐ Apotheker ☐ psych. Psychotherapeut ☐ Sonstige		Geburtsdatum		☐ m ☐ w	
Fachrichtung		Familienstand			
Teilgebiet / Schwerpunkt		Anzahl Kinder			
Straße		Telefon privat			
PLZ / Ort		Fax privat			
Ortsteil		E-Mail privat			
Straße Praxis		Telefon Praxis			
PLZ / Ort Praxis		Fax Praxis			
Praxisform: ☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (Anz. d. Ärzte:)		Mobil			
☐ Belegbetten ☐ Orga-Gemeinschaft ☐ MVZ ☐ Privatpraxis		E-Mail Praxis			
☐ Tagesklinik ☐ Klinik ☐ Filialen (Anzahl:)		Internet			

Praxisabgabe

Abgabe-Zeitpunkt	
Abgabegrund: ☐ Alter ☐ Gesundheit ☐ Todesfall ☐ Nachfolgegemeinschaft ☐ andere Gründe	
Abgabeart: ☐ Totalaufgabe ☐ Teilaufgabe ☐ suche Partner ☐ suche Jobsharer ☐ nur KV-Sitz	

Praxisleistungen / Praxisräume / Personal

☐ Akupunktur	☐ Bestrahlungen	☐ Endoskopie	☐ Lufu	☐ Röntgen
☐ Allergologie	☐ Chirotherapie	☐ Ergo	☐ Natur / TCM	☐ Sonografie
☐ ambulante OPs	☐ D-Arzt	☐ Inhalation	☐ phys. Therapien	☐ Sport
☐ Arthroskopie	☐ Doppler	☐ Langzeit-Blutdruck	☐ Psychiatrie	☐ Substitution
☐ Audio	☐ EKG	☐ Langzeit-EKG	☐ Rektoskopie	☐ Vestibularis
zusätzliche fachspezifische Leistungen				
sonstige Leistungen / IGeL				
Räume ca. qm	Etage	Aufzug: ☐ ja ☐ nein	Miete mtl. EUR	☐ kalt ☐ warm
Mietvertragübernahme mgl.: ☐ ja ☐ nein ☐ eventuell			Restlaufzeit Jahre	
Vorhandene Fachrichtungen sofern Ärztehaus/MVZ:				
Anzahl Personal	Vollzeit ()	Halbtags ()	Teilzeit ()	Azubi ()
WB-Assistent ()		ang. Ärzte ()		Sonstige ()

Betriebswirtschaftliche Praxisfaktoren

Kaufpreisvorstellung EUR		Praxis besteht seit		am Standort seit	
Alter der Immobilie		Praxisbewertung liegt vor: ☐ ja ☐ nein		von wem?	
durchschn. Umsatz d. letzten 5 Jahre p.a. EUR				Anteil Privatpatienten %	
durchschn. Gewinn d. letzten 5 Jahre p.a. EUR				Anteil BG %	
durchschn. Scheinzahl d. letzten 12 Quartale				Anteil Knappschaft %	
durchschn. sonstiger Umsatz d. letzten 5 Jahre p.a. EUR				durch	
Regelleistungsvolumen EUR					
Sperrgebiet: ☐ ja ☐ nein		KV-Sitz bereits ausgeschrieben: ☐ ja ☐ nein			
Interesse an Praxisabgabeseminar: ☐ ja ☐ nein		Interesse an Praxisbewertung durch Sachverständigen: ☐ ja ☐ nein			
Schriftverkehr an: ☐ Privatadresse ☐ Praxisadresse		Ich übersende Ihnen digitale Praxisfotos per E-Mail: ☐ ja ☐ nein			

Durch meine Unterschrift bestätige ich meine wahrheitsgemäßen Angaben. Für die erfolgreiche Vermittlung einer Praxisübernahme bzw. Praxisteilübernahme erhält medass von mir eine Courtage in Höhe von 5,00 % des Gesamtübernahmepreises zzgl. gesetzlicher Mehrwertsteuer (Praxis bzw. Praxis-/MVZ-Anteils, Immobilie etc.) mindestens EUR 6.000,00; bei Vermittlung von Jobsharingassistenten, angestellten Ärzten 1 Monatsgehalt mindestens EUR 3.000,00 zzgl. gesetzlicher Mehrwertsteuer; bei Jobsharingpartnern, soweit keine Beteiligung an der Gesellschaft erfolgt, 1 Monatsgewinn, mindestens EUR 3.000,00 zzgl. gesetzliche Mehrwertsteuer; bei Vermittlung von Räumlichkeiten 3 Monatsmieten zzgl. gesetzlicher Mehrwertsteuer. Honorare für Praxisbewertungen, betriebswirtschaftliche Beratungen und die wirtschaftliche Beratung bei Verträgen werden individuell vereinbart. Dem Auftraggeber ist bekannt, dass auch vom Praxissucher Courtagen/Honorare zusätzlich erhoben werden. Dem Auftraggeber wird strengste Diskretion zugesichert. Sollte Ihnen der von uns benannte Praxissucher bereits bekannt sein, so sind wir innerhalb von 10 Tagen hierüber schriftlich zu informieren. Der Auftraggeber ist ausdrücklich damit einverstanden, dass wir o.a. Daten in unserer Praxisbörse anonym im Internet veröffentlichen, sie anonym Interessenten zukommen lassen sowie EDV-mäßig erfassen.

Ort / Datum	Unterschrift
-------------	--------------